

Michigan Department of Community Health

AVISO DE PRIVACIDAD

Para Medicaid y Otros Programas de
Asistencia Médica

Vigente el 14 de abril de 2003

**ESTE AVISO EXPLICA CÓMO SE
PUEDE USAR Y COMPARTIR LA
INFORMACIÓN MÉDICA DE USTED Y
CÓMO PUEDE USTED TENER
ACCESO A LA MISMA. FAVOR DE
REVISARLA CUIDADOSAMENTE.**

**Comprendiendo el Tipo de Información
que Tenemos.** Recibimos información
acerca de usted cuando se inscribe en un
plan de salud u otro programa de asistencia
médica. Esta incluye su fecha de
nacimiento, sexo, número de identificación
y otra información personal. También
recibimos cuentas, reportes de su médico y
otros datos sobre su cuidado médico. No
tenemos ni guardamos su expediente
médico.

**Nuestro Compromiso de Privacidad con
Usted.** Nos interesa su privacidad. La
información que juntamos acerca de usted
es privada. Estamos obligados a darle a
usted un aviso de nuestras prácticas de
privacidad. Solamente las personas que
tienen ambos el derecho legal y la
necesidad pueden ver su información. A
menos que usted nos dé su permiso por
escrito, solamente compartiremos su
información para propósitos de tratamiento,

pagos, trámites de negocio, o cuando se
nos obliga por ley.

- **Tratamiento.** Podemos compartir la
información médica de usted para
coordinar su cuidado de salud. Por
ejemplo, podemos avisarle a su
médico sobre el cuidado que usted
recibe en una sala de emergencia.
- **Pagos.** Podemos usar y compartir
información para que se cobre y se
pague correctamente el cuidado que
usted recibe. Por ejemplo, podemos
pedirle a la sala de emergencia los
detalles antes de pagar la cuenta de su
cuidado.
- **Trámites de Negocio.** Podemos tener
la necesidad de usar y compartir
información para nuestros trámites de
negocio. Por ejemplo, podemos usar
información para revisar la calidad de
cuidado que usted recibe.
- **Excepciones.** Para ciertos tipos de
archivos, se le podrá pedir su permiso
aún para compartir [información] para
tratamiento, pagos, y trámites de
negocio.
- **Según se Requiere por Ley.**
Compartiremos información cuando se
nos obliga por ley. Ejemplos de tales
revelaciones serían para la policía o
propósitos de seguridad nacional,
citaciones u otras órdenes de la corte,
para reportar enfermedades
contagiosas, para ayuda en desastres,
para revisiones por agencias del
gobierno de nuestras actividades, para

evitar un serio riesgo a la salud o
seguridad o para otros tipos de
emergencias.

- **Con su Permiso.** Si usted nos da
permiso por escrito, podemos usar y
compartir su información personal. Si
usted nos da permiso, tiene el derecho
de cambiar de opinión y cancelarlo.
Esto también deberá ser por escrito.
No podemos retractar cualquier uso o
revelación ya hecha con su permiso.

Sus Derechos de Privacidad

Usted tiene los siguientes derechos
respecto a la información de salud que
tenemos acerca de usted. Sus pedidos se
deberán hacer por escrito a Michigan
Department of Community Health a la
dirección que aparece abajo.

- **Su Derecho de Revisar y Copiar.** En
la mayoría de los casos, usted tiene el
derecho de ver y sacar copias de sus
archivos. Se le podrá cobrar una cuota
por el costo de copiar sus archivos.
- **Su Derecho de Modificar.** Usted nos
podrá pedir cambiar sus archivos si
piensa que hay un error. Podemos
negarle su pedido por ciertas razones
pero deberemos darle una razón por
escrito por nuestra negativa.
- **Su Derecho a una Lista de
Revelaciones.** Usted tiene el derecho
de pedir una lista de revelaciones
hechas después del 14 de abril de
2003. Esta lista no incluirá las
ocasiones en que la información fue

revelada para tratamiento, pagos, u
operaciones médicas. La lista no
incluirá la información que se le da
directamente a usted o a su familia, ni
información que se envió con su
autorización.

- **Su Derecho a Pedir Restricciones
Sobre Nuestro Uso o Revelación de
Información.** Usted tiene el derecho
de pedir límites sobre cómo se usa o
se comparte su información. No
estamos obligados a compartir con
tales pedidos.
- **Su Derecho de Pedir Comunicación
Confidencial.** Usted tiene el derecho
de pedirnos compartir información con
usted de cierta manera o en cierto
lugar. Por ejemplo, usted puede
pedirnos enviar información a la
dirección de su trabajo en vez de su
domicilio. No es necesario explicar el
motivo de su pedido.

Cambios a este Aviso

Reservamos el derecho de modificar este aviso. Un aviso modificado será vigente para la información médica que ya tenemos acerca de usted, así como para cualquier información que recibamos en el futuro. Estamos obligados por ley a cumplir con cualquier aviso que actualmente esté vigente. Se publicará cualquier cambio en nuestra página de Internet. Visite a www.michigan.gov/mdch, haga clic en Health Care Coverage, y seleccione Spotlight. Si los cambios son substanciales, se le enviará a usted por correo un nuevo aviso antes de la fecha de vigencia.

Cómo Ejercer sus Derechos Bajo este Aviso

Su usted desea ejercer sus derechos bajo este aviso, nos puede llamar o escribir. Si es necesario hacer su pedido por escrito, nosotros le ayudaremos a preparar su pedido si usted lo desea

- **Quejas al Gobierno Federal.** Si usted piensa que sus derechos de privacidad se han violado, tiene el derecho de presentar una queja al gobierno federal. Puede escribir a:

Office of Civil Rights
Dept. of Health and Human Services
233 N. Michigan Avenue, Suite 240.
Chicago, IL 60601
Teléfono: 312-886-2359
Fax: 312-886-1807
TDD: 312-353-5693
Email: ocrprivacy@hhs.gov

No le castigarán por presentar una queja con el gobierno federal.

- **Quejas y Comunicaciones con Nosotros.** Si usted desea ejercer sus derechos bajo este aviso o si desea comunicarse con nosotros sobre asuntos de privacidad, o si desea presentar una queja, puede escribir a:

Privacy Officer
Michigan Department of Community Health
320 South Walnut
Lansing, Michigan 48913
517-373-3500
TDD: 517-373-3573

No le castigarán por presentar una queja.

Copias de este Aviso

Usted tiene el derecho de recibir una copia extra de electrónico este aviso en cualquier momento. Aunque haya aceptado recibir este aviso por correo, usted todavía tiene el derecho a copia de papel de este aviso. Favor de llamarnos o escribimos para pedir una copia.

This notice is available in other languages and alternate formats that meet the guidelines for the Americans with Disabilities Act (ADA).

Este aviso está disponible en otras lenguas y formatos diferentes que satisfacen las normas del Acta de Americanos con Discapacidades (ADA).

تتوفر هذه الملاحظة في لغات وصيغ أخرى بحيث تتطابق وإرشادات قانون ذوي الإعاقات الأمريكيين (ADA).

Para Más Información.

MDCH Beneficiary Helpline
1-800-642-3195

TTY: Michigan Relay Center - 711

*Michigan Department
of Community Health*



Jennifer M. Granholm, Governor
Janet Olszewski, Director

MDCH es un Empleador de Oportunidades Iguales y Proveedor de Servicios y Programas

Se imprimieron un millón de copias a 1.8 centavos cada una con un costo total de \$18,817.

2/03

**Michigan Department of
Community Health**

**AVISO
DE
PRIVACIDAD**

Para Medicaid y Otros Programas de
Asistencia Médica

Vigente el 14 de abril de 2003